



# **Stellungnahme des GKV–Spitzenverbandes vom 08.04.2021**

**zu dem 1. Paket Änderungsanträge  
der Fraktionen der CDU/CSU und SPD  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der  
Gesundheitsversorgung (GVWG)  
Stand 18.03.2021  
Ausschussdrucksache 19(14)310**

**GKV–Spitzenverband**  
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin  
Telefon 030 206288-0  
Fax 030 206288-88  
[politik@gkv-spitzenverband.de](mailto:politik@gkv-spitzenverband.de)  
[www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)



## Inhaltsverzeichnis

<b>Änderungsantrag 3 Modellvorhaben Genomsequenzierung</b> .....	<b>3</b>
Zu Artikel 1 Nummer 18a – neu –, 68 (§§ 64d, 295 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch), .	3
Zu Artikel 15a – neu – (§ 3 der Datentransparenzverordnung).....	3
<b>Änderungsantrag 7 Datenerhebungsbefugnisse der Krankenkassen vor Beauftragung des MD bei AU</b> .....	<b>7</b>
<b>Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)</b> .....	<b>7</b>
§ 275 SGB V – Begutachtung und Beratung.....	7
<b>Änderungsantrag 17</b> .....	<b>14</b>
<b>Artikel 6 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)</b> .....	<b>14</b>
§ 21 – Verstetigung der unterjährigen, verpflichtenden Übermittlung der Leistungsdaten der Krankenhäuser .....	14

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 08.04.2021

zum Entwurf zu dem 1. Paket Änderungsanträge der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) – Ausschussdrucksache 19(14)310

Seite 3 von 14

Der GKV-Spitzenverband nimmt zu den für die GKV wesentlichen Änderungsanträgen des 1. Pakets nachfolgend im Detail Stellung.

### **Änderungsantrag 3**

#### **Modellvorhaben Genomsequenzierung**

**Zu Artikel 1 Nummer 18a – neu –, 68 (§§ 64d, 295 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch),**

**Zu Artikel 15a – neu – (§ 3 der Datentransparenzverordnung)**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Mit dem Änderungsantrag (ÄÄ) 3 wird der GKV-Spitzenverband in einem neuen § 64d SGB V verpflichtet, mit geeigneten Leistungserbringern bis zum 31.12.2021 einen Vertrag zur Durchführung eines Modellvorhabens zur Sequenzierung des gesamten Genoms bei seltenen sowie onkologischen Erkrankungen abzuschließen.

Die gesetzliche Regelung des § 64d SGB V sieht unter anderem Kriterien für die geeigneten Leistungserbringer, Vorgaben zu den Inhalten der Vereinbarung, Strukturen der Konfliktlösung im Falle der Nichteinigung sowie die Verantwortlichkeit für den Aufbau einer Datenbankinfrastruktur vor.

#### **B) Stellungnahme**

Die Genomsequenzierung zur Diagnostik und Therapie seltener und onkologischer Erkrankungen befindet sich noch im Forschungsstadium. Ein Einsatz im Rahmen der medizinischen Behandlung ist daher insbesondere im Interesse der Patientensicherheit nur unter bestimmten Voraussetzungen vertretbar.

Das Bundesministerium für Gesundheit ist Projektträger der deutschen Genom-Initiative (genomDE), die als Hauptziele dementsprechend die Sicherstellung einer qualitätsgesicherten Genommedizin unter Berücksichtigung sozialer, ethischer und rechtlicher Implikationen sowie den Aufbau eines sicheren Datenbanksystems zur Verbindung von Gesundheitsversorgung und Forschung verfolgt. In diesem Zusammenhang findet ein tiefgehender und umfangreicher Austausch von deutschen und internationalen Experten statt.

Es ist in hohem Maße irritierend, dass der vorliegende Vorschlag den laufenden fachlichen Beratungen nicht nur vorgreift, sondern sogar die bislang erreichten Ergebnisse weitgehend unbeachtet lässt. Ebenso werden internationale Erfahrungen und Beispiele sowie in Deutschland bereits vorhandene Vertragskonzepte konsequent ausgeblendet.

Dies betrifft insbesondere die folgenden Aspekte:

(a) Verzahnung von Forschung und Diagnostik und Behandlung

Im vorliegenden Gesetzentwurf wird die Forschung ausschließlich im Zusammenhang mit der Nutzung der Dateninfrastruktur adressiert. Dabei ist bereits im Stadium der Diagnostik und Therapie eine enge Verzahnung mit der Forschung erforderlich. Die notwendige Expertise in Durchführung der Genomsequenzierung sowie der Interpretation der Ergebnisse ist nur bei sehr guter Kenntnis des aktuellen Standes von Wissenschaft und Technik vorhanden.

(b) Qualifikation der Leistungserbringer

Dementsprechend sind die Anforderungen an die Qualifikation der Leistungserbringer unzureichend ausgestaltet. Der Kreis der infrage kommenden Einrichtungen ist erheblich überdimensioniert. Die Annahme, Hochschulkliniken erfüllten schon die notwendigen Voraussetzungen, spiegelt nicht die Erfahrungen aus den laufenden Vertragsmodellen in Deutschland wider. Auch die herangezogenen Kriterien für onkologische Zentren sind kein geeigneter Indikator für hinreichende Expertise im Bereich der Genomsequenzierung, da sie für einen anderen Zweck entwickelt worden sind und die spezifischen Anforderungen der Genommedizin überhaupt nicht oder unzureichend adressieren.

Die internationalen Beispiele zeigen, dass in vergleichbaren Projekten die Genomsequenzierung sowie die Befundung nur an wenigen oder wie in England sogar landesweit nur an einem Zentrum konzentriert werden. Es soll an dieser Stelle mit Blick auf den überwiegenden Forschungscharakter der Genomsequenzierung betont werden, dass aus Diagnostik und Therapie auf Grundlage genomischer Daten ohne entsprechende Qualifikation des Leistungserbringers schwerwiegende Behandlungsfehler mit erheblichen Konsequenzen für die betroffenen Patientinnen und Patienten erwachsen können. Eine sachliche Notwendigkeit, den Kreis der Leistungserbringenden um den Preis der Patientengefährdung auszuweiten, erschließt sich nicht.

Daher ist eine Eingrenzung auf spezialisierte und entsprechend qualifizierte Einrichtungen notwendig, z. B. diejenigen vier Genomsequenzierungszentren, die aktuell von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) gefördert werden.

c) Vertragskonstruktion

Grundsätzlich ist der Ansatz, mögliche Vertragsverhandlungen des GKV-Spitzenverbandes auf den Kreis geeigneter Leistungserbringer zu beschränken und nicht in Kollektivvereinbarungen regeln zu wollen, nachvollziehbar. Insbesondere eine sachgerechte Selektion der Leistungserbringer anhand von Expertise und struktureller Leistungsfähigkeit wäre erfahrungsgemäß mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und erst recht mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) nicht im Verhandlungswege zu erreichen und durch die Mehrheitsregelungen des sektorübergreifenden Schiedsamtes nach § 89a Absatz 3 SGB V gegen deren Widerstand auch nicht durchsetzbar.

Allerdings ist der Kreis der möglichen Leistungserbringer durch die niedrigen Eingangsvoraussetzungen derart weit gezogen, dass ein Interesse an einer qualitätsgesicherten Diagnostik und Therapie auch dort nicht mehrheitsfähig sein würde. Vielmehr würden sich in der zu bildenden Arbeitsgemeinschaft die kommerziellen Interessen von investoreneigenen humangenetischen Großlaboren, großen Krankenhäusern und pharmazeutischen Unternehmen gegenüber den intrinsischen Motiven der wenigen tatsächlich qualifizierten Einrichtungen durchsetzen. Eine wirksame Steuerung des Zugangs durch den GKV-Spitzenverband ist sowohl mit Hinblick auf die weichen Kriterien des § 64d Absatz 3 i. d. F. des ÄA 3 als auch durch die Kürze des Prüfzeitraums von vier Wochen hingegen unrealistisch.

Zudem erhalten sowohl DKG als auch die KBV durch die verpflichtende Herstellung des Einvernehmens gemäß § 64d Absatz 7 Satz 3 i. d. F. des ÄA 3 ein Blockadeinstrument, das mangels einer Eskalationsmöglichkeit in ein gesetzlich benanntes Schiedsgremium nicht ohne ihre Zustimmung gebrochen werden könnte. Damit wird beiden Organisationen ein Druckmittel gewährt, das es ihnen ermöglicht, auch in andere Vertragsbestandteile einwirken zu können. Zudem bleibt der Eskalationsmechanismus im Dunkeln, sollte das Einvernehmen zu einer Regelung nicht hergestellt werden, die vorher durch die Schiedsperson nach § 64d Absatz 8 i. d. F. des ÄA 3 festgelegt worden ist.

Abschließend wird darauf hingewiesen, dass die Landwirtschaftliche Krankenkasse (LKK) Mitglied des GKV-Spitzenverbandes ist. Gesonderte Beitrittsregelungen wie in § 64d Abs. 1 Satz 7,8 SGB V i. d. F. des ÄA 3 für die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau erschließen sich vor diesem Hintergrund nicht.

d) Dateninfrastruktur

Die Erstellung einer Dateninfrastruktur für genomische Daten mit Zugriffsmöglichkeiten vieler Akteure im In- und Ausland ist sowohl inhaltlich als auch technisch ein äußerst anspruchsvolles Projekt. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) wäre mit der Aufgabe des Aufbaus der notwendigen Dateninfrastruktur absehbar überfordert. Auch in Zusammenarbeit mit externen Dienstleistern wäre der Aufbau einer Dateninfrastruktur sowohl dem Inhalt als auch der Vielzahl der nutzenden Stellen wesentlich komplexer als IT-Projekte der Vergangenheit unter Federführung des BMG, wie beispielsweise der Corona-Warn-App.

e) Fristen

Die Erstellung und Verhandlung des Vertrages für ein Modellvorhaben wird angesichts der voraussichtlichen Anzahl der beteiligten Leistungserbringer und des erforderlichen Einbezugs spezialisierter Expertise erfahrungsgemäß erheblich mehr Zeit in Anspruch nehmen, als in dem Änderungsantrag vorgesehen. Zwar könnte auf bestehende Erfahrungen und Vertragskonzeptionen aufgesetzt werden, allerdings unterscheiden sich diese – wie bereits dargelegt – erheblich von dem im AA 3 vorgesehenen gesetzlichen Rahmen. Zudem liegt für den Bereich der onkologischen Erkrankungen bislang nur ein Vertrag für Diagnostik und Therapie des Lungenkarzinoms vor. Für weitere onkologischen Erkrankungen müssten die Vertragskonzepte noch entwickelt werden. Ein Vertragsschluss zum 01.01.2022 ist daher unrealistisch. Inwieweit eine Schiedsperson in der Lage ist, einen Vertrag solchen Umfangs und einer derartigen Komplexität und Tragweite sachgerecht festzulegen, kann ebenfalls in Zweifel gezogen werden. Es ist im Übrigen nicht ersichtlich, aus welchen Gründen in dem Gesetzentwurf ein derartiger Zeit- und Handlungsdruck aufgebaut wird.

Abschließend spricht sich der GKV-Spitzenverband dafür aus, die fachlichen Erörterungen im Projekt genomDE fortzuführen und einen Expertenkonsens über die Etablierung der Genommedizin herzustellen, auf dessen Grundlage und in enger Anlehnung an nationale und internationale Referenzprojekte entsprechende Versorgungsstrukturen zu schaffen.

**C) Änderungsvorschlag**

Streichung.

## **Änderungsantrag 7**

### **Datenerhebungsbefugnisse der Krankenkassen vor Beauftragung des MD bei AU**

#### **Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 63

#### **§ 275 SGB V – Begutachtung und Beratung**

##### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

In § 275 SGB V soll ein neuer Absatz 1b eingefügt werden. Darin soll geregelt werden, dass Krankenkassen für den Zweck der Klärung, ob bei Arbeitsunfähigkeit eine gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes (MD) einzuholen ist, neben den bereits vorliegenden versichertenbezogenen Daten auch im begrenzten Umfang weitergehende Daten beim Versicherten schriftlich oder elektronisch bzw. nach vorheriger schriftlicher Einwilligung auch telefonisch erheben dürfen. Daraus sollen die Krankenkassen auch im Rahmen einer Anfrage bei dem die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ausstellenden Leistungserbringer weitere Angaben erheben und verarbeiten dürfen, dessen Umfang der G-BA in der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie zu definieren hat.

##### **B) Stellungnahme**

Durch die vorgesehene Erweiterung des § 275 SGB V wird gesetzlich klargestellt, welche Aufgaben den Krankenkassen im Vorfeld einer möglichen Beauftragung bzw. im Zusammenhang mit der Beauftragung des MD insbesondere bei Vorliegen von Arbeitsunfähigkeit zukommen. Hierdurch werden aktuell bestehende Rechtsunsicherheiten und in der Folge unterschiedliche Rechtsauffassungen zu den Datenerhebungsbefugnissen der Krankenkassen vermieden, weshalb die gesetzliche Regelung grundsätzlich begrüßt wird.

Nach den aktuell geltenden gesetzlichen Regelungen in § 275 Absatz 1 SGB V sind die Krankenkassen verpflichtet, eine gutachterliche Stellungnahme des MD einzuholen, wenn dies bei Arbeitsunfähigkeit erforderlich ist, um den Behandlungserfolg zu sichern oder Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit zu beseitigen. In diesem Zusammenhang prüft die Krankenkasse die Erforderlichkeit der Beauftragung des MD und nutzt in diesem Zusammenhang die nach § 284 Absatz 1 SGB V bereits erhobenen Daten. Dieser Grundsatz soll klarstellend in § 275 Absatz 1b SGB V aufgenommen werden.

Zusätzlich zu diesen bereits vorliegenden Daten soll geregelt werden, dass Krankenkassen auch weitergehende Angaben im jeweils erforderlichen Umfang bei den Versicherten erheben und verarbeiten dürfen. Die Angaben sollen hierbei begrenzt werden auf die Information, ob

eine Wiederaufnahme der Arbeit absehbar ist und gegebenenfalls wann eine Wiederaufnahme der Arbeit erfolgt, sowie auf vorhandene, konkret bevorstehende diagnostische und therapeutische Maßnahmen, die einer Wiederaufnahme der Arbeit entgegenstehen. Diese Angaben ermöglichen den Krankenkassen die weitergehende Prüfung, ob eine sozialmedizinische Beurteilung des MD erforderlich ist, und können in der Folge dazu führen, dass von vermeidbaren Beauftragungen des MD abgesehen wird. Dies ist sachgerecht. Neben Arbeitnehmern können jedoch auch Arbeitslose Krankengeld beziehen, sodass gleichermaßen die Notwendigkeit der Prüfung einer sozialmedizinischen Beurteilung durch den MD bestehen kann. Durch die vorgesehene Formulierung würde eine Erhebung vergleichbarer Daten bei Arbeitslosen aber ausgeschlossen. Es sollten demnach die Sachverhalte ergänzt werden, ab wann mit der Wiederherstellung der Verfügbarkeit für die Arbeitsvermittlung zu rechnen ist oder welche konkret bevorstehenden diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen dies ausschließen.

Zudem sollten die Krankenkassen zusätzlich auch die Möglichkeit erhalten, im Einzelfall Informationen bei den Versicherten zur konkreten Ausgestaltung ihres Arbeitsplatzes oder zum Umfang der Vermittelbarkeit einzuholen. Oft liegen ausreichende Erkenntnisse bereits aus den Informationen der Ärzte vor oder können aus dem vom Arbeitgeber im Meldeverfahren übermittelten Tätigkeitsschlüssel abgeleitet werden. In Einzelfällen können jedoch weitere Informationen zu den individuellen Anforderungen am Arbeitsplatz relevant sein, die Arbeitsunfähigkeit bedingen und damit die Leistungsentscheidung beeinflussen. Aus diesem Grund sind diese Daten auch von § 284 Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V umfasst und sollten in die abschließende Aufzählung im Gesetzeswortlaut aufgenommen werden, damit unnötige MD-Beauftragungen, bei welchen nicht die spezielle medizinische Expertise des Gutachters benötigt wird, vermieden werden können.

Eine Erhebung der vorgenannten Daten bei Versicherten ist nach der vorgesehenen Regelung grundsätzlich nur schriftlich möglich, sofern nicht der telefonischen Erhebung schriftlich oder elektronisch durch die Versicherten zugestimmt wurde. Die zuvor dargestellten Informationen können im Rahmen des § 284 Absatz 1 Nr. 4 SGB V für die Leistungsgewährung erhoben werden und bedürfen deshalb keiner Einwilligung der Versicherten. Eine Einwilligung ist nach aktueller gesetzlicher Regelung nur für die weitergehenden Datenerhebungsbefugnisse im Zusammenhang mit § 44 Absatz 4 SGB V vorgesehen, welche für die individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkassen erforderlich sind. Die Prüfung etwaiger Leistungsansprüche sollte weiterhin strikt von den Regelungen zur Beratung und Hilfestellung nach § 44 Absatz 4 SGB V getrennt werden, da etwaige Verzögerungen im Prozess der Anspruchsprüfung und Leistungsgewährung durch gesetzlich normierte schriftliche oder elektronische



Einwilligungen zu vermeiden sind. Fehlende Rückmeldungen der Versicherten zur Einwilligung verzögern die Leistungsentscheidungen. Ferner könnten nicht notwendige Beauftragungen des MD erfolgen, wenn den Ausführungen in der Gesetzesbegründung folgend bereits fehlende Reaktionen der Versicherten auf schriftliche Anfragen als Anlass für Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit gewertet werden und deshalb zu einer Beauftragung des MD führen. Ein solcher Generalverdacht mit der Folge von verzögerten Prozessen und vermehrten Begutachtungen kann nicht Ziel eines Regelprozesses sein und würde zudem alle Verfahrensbeteiligten unnötig belasten. Aus den genannten Gründen sollte auf eine Einwilligung verzichtet werden, zumal der zulässige Inhalt des Versichertengesprächs abschließend im Gesetz geregelt und zudem jede telefonische Erhebung beim Versicherten protokolliert werden soll.

Der gesetzgeberischen Intention folgend, die Versicherten nicht dem Überraschungseffekt bei telefonischen Anfragen auszusetzen, könnte anstelle der vorgesehenen Pflicht zur schriftlichen oder elektronischen Einwilligung vor dem Telefonat eine Verpflichtung zur Ankündigung des Telefonates geregelt werden. Hierdurch würde den Versicherten die Möglichkeit gegeben, entweder unerwünschte Telefonate durch eine zeitnahe schriftliche Übermittlung der benötigten Informationen zu vermeiden oder vorbereitet das Telefonat zu führen. Ungeachtet dessen sollte für abschließend im Gesetz genannte Fälle bei besonderer zeitlicher Dringlichkeit eine telefonische Erhebung auch ohne Ankündigung zulässig sein.

Neben den vorgenannten Regelungen sollen die Krankenkassen befugt werden, im Rahmen einer Anfrage bei dem die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ausstellenden Leistungserbringer weitere Angaben zu erheben und zu verarbeiten. Den Umfang dieser Datenerhebung soll der Gemeinsame Bundesausschuss im Rahmen gesetzlich vorgegebener Sachverhalte in seiner Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 7 SGB V (Arbeitsunfähigkeits-RL) regeln.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) bestimmt in Form von Richtlinien, welche medizinischen Leistungen die GKV-Versicherten beanspruchen können. Darüber hinaus beschließt der G-BA u. a. Maßnahmen der Qualitätssicherung und bestimmt das Nähere zur Verordnung veranlasster Leistungen. In der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie ist daher festgelegt, welche Regeln für die Feststellung und Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit von Versicherten durch Vertragsärztinnen und Vertragsärzten sowie im Rahmen des Entlassmanagements aus dem Krankenhaus gelten. Die Regelungen zum Austausch von Informationen zwischen dem Vertragsarzt und der Krankenkasse zur Prüfung der Leistungsansprüche fallen hingegen in die Kompetenz der Vertragspartner der Bundesmantelverträge. Den Rahmen der zulässigen Datenerhebung, den die Partner der Bundesmantelverträge dabei zu beachten haben, bildet die vorgesehene gesetzliche Regelung ausreichend ab. Einer weitergehenden Definition des Umfangs der zu erhebenden Angaben durch den G-BA bedarf es daher nicht.

Nach § 275 Absatz 1b Satz 7 Nr. 4 SGB V (n.F.) soll die Datenerhebung Angaben zur Feststellung einer möglicherweise drohenden Erwerbsunfähigkeit umfassen. Dies greift zu kurz, weil bereits Feststellungen einer möglichen Minderung oder Gefährdung der Erwerbsfähigkeit leistungsrelevant sein können.

Darüber hinaus sollten Angaben

1. zur Prognose der Arbeitsfähigkeit und
2. zu den weiteren behandelnden Ärzten

abgefordert werden dürfen. Dies aus den nachfolgenden Gründen.

Es ist bereits aktuell auf der Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigung ein prognostisches Ende der Arbeitsunfähigkeit anzugeben, welches nicht für einen mehr als zwei Wochen im Voraus liegenden Zeitraum bescheinigt werden soll und lediglich bei einem besonderen Krankheitsverlauf bis zur Dauer von einem Monat bescheinigt werden kann. Im Rahmen einer Abfrage könnte durch den Arzt bzw. die Ärztin die Prognose aktualisiert und ggf. auch für längere Zeiträume angegeben werden. Diese Angabe ist im Kontext der Entscheidung über die Notwendigkeit einer sozialmedizinischen Begutachtung durch den MD relevant.

Zudem erscheint die Möglichkeit der Information zu weiteren behandelnden Ärzten zielführend, weil eine fachärztliche Mitbetreuung regelmäßig ein Anlass ist, um von geplanten Begutachtungen beim MD abzusehen. Die Kenntnis über weitere behandelnde Ärzte würde der Krankenkasse zudem ermöglichen, im Vorfeld einer Begutachtung durch den MD weitergehende Informationen und Befundberichte dieser Ärztinnen und Ärzte zur direkten Übersendung an den MD anzufordern. Dies würde das Verfahren der Begutachtung beschleunigen und in einer Vielzahl von Fällen eine fallabschließende Prüfung durch den MD ermöglichen.

Eine weitere Rechtsunsicherheit besteht derzeit im Zusammenhang mit der Regelung des § 276 Absatz 2 Satz 2 SGB V, wonach die Leistungserbringer verpflichtet sind, versichertenbezogene Daten, die für eine gutachtliche Stellungnahme des MD angefordert werden, unmittelbar an den MD zu übermitteln. In dem aktuellen, durch die als Richtlinie nach § 282 Absatz 2 Satz 3 SGB V erlassene Begutachtungsanleitung Arbeitsunfähigkeit geregelten Verfahren fordern die Krankenkassen im Vorfeld einer abschließenden Beauftragung des MD die für eine sozialmedizinische Beurteilung erforderlichen medizinischen Unterlagen bei den behandelnden Ärztinnen und Ärzten für den MD an und informieren den MD per Datenmeldung über die Anforderung der Unterlagen. Die Unterlagen werden von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten direkt an den MD übermittelt. Gehen die Unterlagen beim MD ein, erhalten

die Krankenkassen hierüber eine entsprechende Information im sogenannten Mitteilungsmanagement und beauftragen den MD abschließend mit der gutachtlichen Stellungnahme.

Nach Rechtsauffassung des GKV-Spitzenverbandes liegt in diesen Fällen bereits mit der parallel zur Anforderung der Unterlagen bei den Leistungserbringern an den MD gerichteten Datenmeldung eine Vorbeauftragung des MD vor, die nach Zugang der angeforderten Unterlagen beim MD lediglich konkretisiert wird. Mit der Datenmeldung über die bevorstehende Beauftragung habe der MD bereits die Befugnis zur Datenerhebung nach § 276 Absatz 2 SGB V. Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit hat hingegen die Rechtsauffassung vertreten, dass in dem skizzierten Verfahren erst zum Zeitpunkt der abschließenden Beauftragung des MD nach Vorlage der angeforderten Unterlagen eine Beauftragung des MD im gesetzlichen Sinne vorliegt und sich der MD für vor dieser Beauftragung zugehende Unterlagen nicht auf die Datenerhebungsbefugnis nach § 276 Absatz 2 Satz 1 SGB V berufen könne.

Zur Schaffung von Rechtssicherheit sollte gesetzlich klargestellt werden, dass der MD in diesen Fallgestaltungen ab dem Zeitpunkt der Anforderung von versichertenbezogenen Daten bei den Leistungserbringern zur Datenerhebung, –speicherung und –übermittlung berechtigt ist. Dies sollte um eine Regelung zur Datenlöschung ergänzt werden, sofern innerhalb von drei Monaten keine Beauftragung durch die Krankenkasse erfolgt oder mitgeteilt wird, dass keine Beauftragung erfolgen wird (z. B. weil zwischenzeitlich Arbeitsfähigkeit vorliegt).

### C) Änderungsvorschläge

In Artikel 1 Nr. 63 wird Buchstabe a) wie folgt gefasst (Änderungen sind kenntlich gemacht):

„(1b) Die Krankenkassen dürfen für den Zweck der Klärung, ob bei Arbeitsunfähigkeit nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes einzuholen ist, im jeweils erforderlichen Umfang grundsätzlich nur die bereits nach § 284 Absatz 1 rechtmäßig erhobenen und gespeicherten versichertenbezogenen Daten verarbeiten. Die Krankenkassen dürfen abweichend von Satz 1 bei den Versicherten nur die versichertenbezogenen Angaben im jeweils erforderlichen Umfang erheben und verarbeiten,

1. ob eine Wiederaufnahme der Arbeit oder die Wiederherstellung der Verfügbarkeit nach § 138 Absatz 1 Sozialgesetzbuch III absehbar ist und gegebenenfalls wann eine Wiederaufnahme der Arbeit erfolgt, ~~und~~
2. zu konkret bevorstehenden diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, die einer Wiederaufnahme der Arbeit oder der Wiederherstellung der Verfügbarkeit nach § 138 Absatz 1 Sozialgesetzbuch III entgegenstehen-~~und~~

3. zu Anforderungen am Arbeitsplatz, die die weitere Arbeitsunfähigkeit bedingen; bei Leistungsempfängern nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch die Angabe des zeitlichen Umfangs, für den diese Versicherten der Arbeitsvermittlung zur Verfügung stehen.

Die Krankenkassen dürfen die Angaben nach Satz 2 bei den Versicherten grundsätzlich nur schriftlich oder elektronisch erheben. Abweichend von Satz 3 ist eine telefonische Erhebung nur zulässig, wenn

1. ein zeitlich besonders dringender Fall des Absatzes 1a Satz 1 Buchstabe a vorliegt oder
2. den die Versicherten in die telefonische Erhebung zuvor schriftlich oder elektronisch ein- gewilligt haben angekündigt wurde.

Die Krankenkassen haben jede telefonische Erhebung beim Versicherten zu protokollieren; die Versicherten sind hierauf hinzuweisen. Versichertenanfragen der Krankenkassen im Rahmen der Durchführung der individuellen Beratung und Hilfestellung nach § 44 Absatz 4 bleiben unberührt. Abweichend von Satz 1 dürfen die Krankenkassen im Rahmen einer Anfrage bei dem die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ausstellenden Leistungserbringer weitere Angaben erheben und verarbeiten. ~~Den Umfang der Datenerhebung regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 7 unter der Voraussetzung, dass diese Angaben, die~~

1. zur Konkretisierung der auf der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung aufgeführten Diagnosen,
2. zur Kenntnis von weiteren diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, die in Bezug auf die die Arbeitsunfähigkeit auslösenden Diagnosen vorgesehen sind,
3. zur Klärung über Art und Umfang der zuletzt vor der Arbeitsunfähigkeit ausgeübten Beschäftigung oder bei Leistungsempfängern nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch zur Feststellung des zeitlichen Umfangs, für den diese Versicherten zur Arbeitsvermittlung zur Verfügung stehen, ~~oder~~
4. zur Feststellung einer gefährdeten oder geminderten Erwerbsfähigkeit ~~möglicherweise drohenden Erwerbsunfähigkeit.~~
5. zur Klärung, ob und ggf. wann ein Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit absehbar ist, oder
6. zur Kenntnis der weiteren behandelnden Leistungserbringer  
erforderlich sind.“

In Artikel 1 wird Nr. 65 wie folgt gefasst:

- a) In § 276 Absatz 2 Satz 2 werden nach den Wörtern „bei den Leistungserbringern“ die Wörter „unter Nennung des Begutachtungszwecks“ eingefügt sowie der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz eingefügt:

„der Medizinische Dienst ist ab dem Zeitpunkt der Datenanforderung bei den Leistungserbringern zur Datenerhebung, Datenspeicherung und Datenübermittlung nach Satz 1 berechtigt.“

- b) In § 276 Absatz 2 Satz 4 SGB V wird der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz eingefügt:

„die nach Satz 2 zweiter Halbsatz erhobenen Sozialdaten sind spätestens nach 3 Monaten nach Eingang zu löschen, sofern durch die Krankenkasse keine gutachtliche Stellungnahme beauftragt wurde.“

## **Änderungsantrag 17**

### **Artikel 6 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)**

Nr. 8 (neu)

#### **§ 21 – Verstetigung der unterjährigen, verpflichtenden Übermittlung der Leistungsdaten der Krankenhäuser**

##### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Zur Analyse der Auswirkungen der mit dem COVID-19 Krankenhausentlastungsgesetz beschlossenen Maßnahmen wurden die Krankenhäuser 2020 zu ergänzenden Datenlieferungen an das InEK verpflichtet. Dabei zeigte sich, dass die kurzfristig zur Verfügung stehenden Leistungsdaten von großem Nutzen für die Weiterentwicklung der Entgeltsysteme sind. Deshalb wird die Verpflichtung zur unterjährigen Übermittlung der Leistungsdaten der Krankenhäuser ins Krankenhausentgeltgesetz verlagert und verstetigt.

##### **B) Stellungnahme**

Der GKV-Spitzenverband begrüßt die Regelung. Mit der Übermittlung auf Basis der etablierten Datenlieferung an das InEK wird eine zuverlässige Erhebungsmethodik gewählt, die kaum Zusatzaufwand für die Krankenhäuser verursachen wird. Die erforderlichen Daten liegen in den Krankenhausinformationssystemen vor und können zu den definierten Fristen übermittelt werden. Unverständlich ist jedoch, dass auf eine Übermittlung der Informationen an die Selbstverwaltungspartner verzichtet wurde. Diese ist sowohl im Hinblick auf die gemeinsame Weiterentwicklung der Vergütungssysteme als auch als Datenbasis für die Beratungen im Beirat nach § 24 KHG dringend erforderlich. Denn dies bleibt – unabhängig von der Beleihung des InEK (ÄA 14) – wesentliche Aufgabe von DKG und GKV-Spitzenverband. Aus diesem Grund ist in der Regelung eine Datenübermittlungsverpflichtung an die Selbstverwaltungspartner aufzunehmen.

##### **C) Änderungsvorschlag**

Im § 21 Absatz 3b wird Satz 5 um folgenden Zusatz ergänzt:

„Die Datenstelle übermittelt die geprüften Daten an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus **und die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes** innerhalb von zwei Wochen nach Ablauf der jeweiligen Frist nach Satz 1 Nummer 1–3.“